



Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Estudios Superiores
Iztacala**

“Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis”

Tesis Empírica.

Grado académico: LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

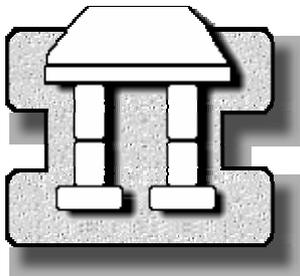
Yadira Araceli Machorro Alfaro

Asesora

Dra. Olivia Tena Guerrero

Dictaminadores

**Lic. José Esteban Vaquero Cazares
Lic. Wendy de las Mercedes Lara Olguín**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE TEMÁTICO.

	Pág.
Resumen.	4
Introducción.	5
Capítulo 1. Insuficiencia Renal Crónica Terminal.	8
1. Introducción.	8
1.1 Anatomía y funcionamiento del riñón.	9
1.1.1 Función de depuración.	9
1.1.2 La formación de la orina.	9
1.1.3 Función de regulación del medio interno del organismo.	10
1.1.4 Función hormonal del riñón.	10
1.2 Insuficiencia renal.	11
1.2.1 Causas	11
1.3 Métodos de tratamiento.	12
1.3.1 La diálisis peritoneal.	13
1.3.2 La hemodiálisis.	15
1.3.3 El trasplante renal.	17
Capítulo 2. Ansiedad.	19
2. Introducción.	19
2.1. Antecedentes históricos sobre ansiedad.	19
2.2 Definiciones.	21
2.3 Clasificación y cuadro clínico.	21
2.4 Causas.	25
2.4.1 Factores biológicos.	25
2.4.2 Factores psicosociales.	27
2.5 Tratamiento.	28
2.5.1 Farmacoterapia.	28
2.5.2 Psicoterapia.	30

	Pág.
Capítulo 3. Depresión.	31
3. Antecedentes históricos sobre depresión.	31
3.1 Definiciones.	33
3.2 Cuadro clínico y clasificación.	35
3.2.1 Trastorno depresivo mayor.	38
3.2.2 Trastorno distímico.	39
3.2.3 Trastorno depresivo debido a una enfermedad médica.	39
3.3 Causas.	40
3.3.1 Causas genéticas.	40
3.3.2 Causas psicológicas.	40
3.3.3 Causas ecológicas.	41
3.3.4 Causas sociales.	41
3.4 Tratamiento.	42
3.4.1 Farmacoterapia.	42
3.4.2 Psicoterapia.	43
Capítulo 4. Método.	45
Capítulo 5. Resultados.	50
Discusión.	63
Conclusiones.	67
Bibliografía.	69

RESUMEN.

El objetivo de esta investigación fue, examinar los niveles de depresión y ansiedad estado de los pacientes adultos con IRCT en tratamiento de hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por 57 sujetos, de los cuales 38 fueron hombres y 19 mujeres, que acudían a sesiones de hemodiálisis del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE. Para medir los niveles de ansiedad estado se ocupó el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) y para los niveles de depresión se ocupó la escala de autoevaluación de Zung. Los resultados obtenidos nos muestran que las mujeres se deprimen en mayor porcentaje en comparación con los hombres y que éstos son los que padecen más trastornos de ansiedad. La discusión de los resultados se hace bajo una comparación de los roles de género.

INTRODUCCIÓN.

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta; en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos pero un crecimiento rápido de padecimientos crónico-degenerativos, ha venido generando nuevas prioridades de investigación e intervención profesional en psicología de la salud. Este tipo de padecimientos requiere especial atención puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución documentada de factores psicológicos y porque la gama de intervenciones profesionales oscila desde la prevención primaria y la promoción comunitaria de la salud, hasta apoyar al paciente terminal (cercano a la muerte) para tener un final tranquilo, digno, reconfortado y en paz (Palencia, 2001).

Desde hace mucho tiempo se conoce la importancia que tienen los factores psicológicos en las enfermedades crónicas, pero es hasta ahora que se le presta la atención debida, ya que no basta con dar un tratamiento médico de la enfermedad sino que se ha visto que los factores emocionales son un elemento importante para su tratamiento y mejoría.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en tratamiento de hemodiálisis tienen una vivencia singular de la enfermedad, vivencia que dependerá de su historia de enfermedad, de las características personales y del entorno familiar (Allemand y De Martín, 1997, cit. en Vinokur y Bueno, 2002). Sin embargo; a medida que transcurre el tratamiento, los sentimientos de desesperanza, invalidez y angustia que surgen van siendo comunes a todos los pacientes. La calidad de vida que logren será resultado, (además de la adecuación médica de su diálisis), de su proceso de adaptación psicológica y de su red interpersonal: familia, equipo asistencial e inserción social (Álvarez, 1998; Rodríguez y Rodríguez, 2004).

El padecimiento modifica su dinámica familiar y sus expectativas en lo que se refiere a la calidad de vida. Tanto el funcionamiento del paciente como el de su familia se afectan por las características particulares con que cada quien percibe la enfermedad en relación con la edad de inicio y el grado de control de la misma.

Históricamente en la medicina se reconocen dos concepciones de enfermedad:

- 1) La ontológica que otorga una existencia autónoma a la enfermedad; ésta existe en el exterior, ataca a la persona y se posesiona de ella.
- 2) La segunda concepción considera la enfermedad como una reacción del organismo y del individuo en su totalidad y se percibe como una perturbación en su equilibrio emocional y orgánico (Lerman, 1998).

La reorganización de los vínculos entre el enfermo y su medio ambiente, así como la mayor emotividad que la enfermedad provoca, favorecen la reactivación de los conflictos afectivos que habían quedado en estado latente hasta el diagnóstico, como el miedo al abandono y a la muerte. Toda enfermedad tiene componentes psicológicos y que a su vez causan un efecto nocivo para el cuerpo del paciente dejando cicatrices en su personalidad; ésta a su vez puede predisponer a la enfermedad e intensificar o prolongar un trastorno existente (Hermida, 1998, cit. en Lerman, 200).

La aparición de una enfermedad crónica lleva a la familia a un proceso de aceptación y adaptación, en el cual el paciente y la familia experimentarán una serie de reacciones pasando de la negación al enojo manifestado por frustración, depresión y miedo; finalmente se llega a un periodo de aceptación del padecimiento y a una reorganización. La enfermedad obligará a la familia a “encerrarse” para socializar la enfermedad y aprender a convivir con ella. (Hermida, 1998, cit. en Lerman, 200).

La atención de una enfermedad crónica debe contemplar no sólo los aspectos clínicos sino también los emocionales y sociales. Así un objetivo fundamental en la atención integral de los pacientes con una enfermedad crónica debe de

promover el crecimiento y desarrollo no sólo de los aspectos físicos y orgánicos sino también los psicológicos y emocionales a nivel personal y social.

El objetivo de esta investigación fue examinar los niveles de depresión y ansiedad estado de los pacientes adultos con IRCT en tratamiento de hemodiálisis.

El cuerpo de este trabajo está integrado por cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera: en el capítulo 1 se hace una descripción de los que es la insuficiencia renal crónica Terminal (IRCT), el funcionamiento del sistema renal y los tratamientos sustitutivos. En el capítulo 2 se hace una pequeña reseña de la historia del concepto de ansiedad, así como el cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. En el capítulo 3 se aborda el tema de depresión siguiendo los mismos lineamientos que en el anterior capítulo. En el capítulo 4 se describe el método utilizado, así como los instrumentos empleados. En el capítulo 5 se describen los resultados en base a las categorías de género y nivel escolar. Por último se discuten los puntos más importantes de esta investigación, con base en los roles de género.

CAPÍTULO 1.INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL.

1. Introducción.

La insuficiencia renal es la pérdida progresiva de las funciones de ambos riñones. La insuficiencia renal aparece cuando más de las tres cuartas partes de las nefronas (las unidades de función de los riñones) dejan de funcionar a su capacidad normal para filtrar y purificar la sangre (Harrison, 2001).

La insuficiencia renal es una de las enfermedades crónicas más importantes y que ha ido en aumento y es secundaria a muchos padecimientos, tales como la diabetes o la hipertensión arterial sistémica. La insuficiencia renal era considerada mortal hasta que en la década de 1960 estuvieron disponibles los tratamientos sustitutivos de la función renal como de diálisis, y luego entonces se perfecciono el trasplante renal que permite recuperar la función excretora de toxinas. En esta época los filtros y los materiales empleados no proporcionaban los beneficios que se deseaban, y además se desconocía el manejo de tantas complicaciones que acompañan este tratamiento (anemia, afección de los huesos, desnutrición, entre otras).

El desarrollo de las técnicas de hemodiálisis ha permitido el aumento progresivo del número de pacientes que se benefician, pues ahora se emplean en pacientes de todas las edades, desde niños hasta ancianos, y a todos ellos se les ofrece una mejor calidad de vida. En este tratamiento el filtrado es más profundo por ser sanguíneo, por esto este tratamiento es mejor, se realiza menos frecuente y permite un mejor control.

Para comprender mejor la insuficiencia renal y los diferentes trastornos a los que da lugar es conveniente conocer cómo son y cómo funcionan los riñones normales (Peña, 2004).

1.1 Anatomía y funcionamiento del riñón.

- ◆ El aparato urinario está formado por dos riñones que tienen forma de frijol y están situados a cada lado de la columna vertebral, a la altura de las últimas costillas. Miden de 11 a 12 cm. de largo por 6 a 8 cm. de ancho y pesan aproximadamente de 120 a 180 gramos.
- ◆ Cada riñón posee una arteria que conduce sangre, la cual se filtra liberándola de toxinas para restaurar el equilibrio corporal y contribuir a mantener la salud. La arteria además conduce agua y con algunas sustancias que contiene la sangre, el riñón formará la orina.
- ◆ La orina formada sale de los riñones y es transportada hasta la vejiga por medio de los ureteros, (dos delgados tubitos que vierten la orina en su interior donde se almacena antes de ser expulsada al orinar).
- ◆ Las principales funciones del riñón son: depuración y excreción, regulación del medio interno y formación de algunas hormonas.

1.1.1. Función de depuración.

Depuración significa limpieza de algo para eliminar elementos, materiales o partículas extrañas para acercarse y hasta llegar a un estado puro.

1.1.2. La formación de la orina.

La unidad formadora de orina en el riñón se llama nefrona. Cada riñón humano está constituido por un millón de esas pequeñas unidades o nefronas. En ellas se filtra la sangre, se purifica el líquido filtrado y finalmente se forma la orina. Las nefronas están formadas por los glomérulos, una madeja de arterias muy pequeñas llamadas capilares (alojados dentro de una cápsula), mismos que funcionan como filtros y vierten ese filtrado hacia un sistema de pequeños tubos (también llamados túbulos) por donde transita el líquido filtrado para al fin transformarse en orina.

La orina así formada alcanza la parte de los riñones donde nacen los ureteros (uno por cada riñón, que como ya se dijo llevan la orina del riñón a la vejiga). De todo el líquido que se filtra en 24 horas a través de los glomérulos para luego escurrir a los túbulos, el riñón forma litro y medio de orina, mismo que se excreta del organismo en 24 horas, porque los túbulos renales reabsorben en un día la mayor cantidad del total de 180 litros del filtrado que originalmente forman los glomérulos.

Además del agua, se eliminan sales minerales: el sodio (contenido principalmente en la sal de mesa), el potasio que contienen frutas y vegetales y el fósforo que se encuentra en algunos alimentos. También se desechan otros productos como lo son la urea y la creatinina que derivan de las proteínas (Gross y Shölmerich, 1972).

1.1.3 Función de regulación del medio interno del organismo.

El cuerpo posee un medio interno, formado por la sangre que circula en arterias y venas y el líquido que se encuentra entre las células (conocido como líquido intersticial). Los riñones regulan este medio debido a que:

- ✦ Eliminan el agua ingerida en exceso o retienen agua cuando es necesario.
- ✦ Eliminan o retienen sodio (sal).
- ✦ Expulsan residuos ácidos evitando así su acumulación.

1.1.4 Función hormonal del riñón.

Mediante hormonas, el riñón tiene otras funciones importantes.

- ✦ Regula la presión arterial.
- ✦ Participa en la formación de sangre a través de una hormona del riñón llamada eritropoyetina, que es responsable de estimular la producción de glóbulos rojos (en la insuficiencia renal se deja de producir esta hormona y ello conduce a la anemia).

- ✦ Regula la masa ósea (esqueleto). Por medio de la acción de la vitamina D3 o calcitrol, que es una hormona que se forma en el riñón y que favorece la absorción de calcio en el intestino, también se encarga del balance del calcio y el fósforo en la sangre, para mantener una estructura normal de los huesos.

1.2 Insuficiencia renal.

Las consecuencias de la insuficiencia renal son:

- ✓ El riñón no filtra ni concentra la orina y entonces ya no se elimina correctamente el agua.
- ✓ Se reduce su capacidad para eliminar sal y el paciente retiene líquido en exceso (edema).
- ✓ Se presentan cambios hormonales: aumenta la hormona paratiroidea (la que regula el calcio de la sangre y el metabolismo del hueso) y se reduce otra sustancia de efecto hormonal, la vitamina D3 o calcitrol. El resultado es la afección del esqueleto (deterioro o malformación de los huesos).
- ✓ La capacidad de depuración de la creatinina se reduce y ésta se acumula en el organismo.
- ✓ Aumenta simultáneamente creatinina y urea en la sangre.
- ✓ Aparece anemia porque se produce menos eritropoyetina.

1.2.1 Causas.

Las principales causas de insuficiencia renal son:

- * La diabetes mellitus, sin duda, la causa más frecuente de insuficiencia renal en el mundo.
- * Cambios degenerativos en las arterias del riñón debidas comúnmente a la presión arterial alta (hipertensión).

- * Enfermedades de los riñones por sí mismos o bien ocasionadas por otras enfermedades.
- * Las malformaciones y la obstrucción del aparato urinario, a las que se añade la infección.
- * Algunos síndromes genéticos.

1.3. Los métodos de tratamiento.

Cuando la depuración de creatinina desciende y/o el estado clínico se deteriora (fatiga, náuseas, vómito, inapetencia, calambres, temblores, insomnio, palidez) o si se añade una situación de urgencia (infecciones, insuficiencia cardiaca o cualquier otro padecimiento), deben tomarse medidas para iniciar o programar alguno de los tratamientos llamados sustitutivos:

- ✦ Diálisis peritoneal.
- ✦ Diálisis en la sangre (hemodiálisis).
- ✦ Trasplante renal.

La diálisis es un método empleado para separar moléculas o sustancia en disolución a través de una membrana no del todo permeable: semipermeable. La diálisis se explica por dos principios fundamentales: la difusión y la ultrafiltración (Levine, 1993).

La difusión o diálisis es la transferencia de sustancias de la sangre a través de una membrana semipermeable (porosa) de sustancias disueltas en un medio más concentrado a otro menos concentrado. Esta diferencia de concentración es la responsable de la transferencia o difusión de las sustancias disueltas. La concentración tiende a igualarse entre ambos lados de la membrana y se difunden mejor las sustancias disueltas entre más pequeñas sean (agua, sodio, potasio, glucosa, urea, creatinina). Las proteínas, como son moléculas grandes, permanecen en su lado sin difundirse.

Para que la sangre se libre de urea, creatinina, fósforo y ácido úrico, es suficiente que el líquido de diálisis carezca de esas sustancias. De la misma manera, para aumentar o mejorar la concentración de otras sustancias que están en menor cantidad que la normal en la sangre (calcio y bicarbonato), se prepara un líquido de diálisis rico en esos compuestos.

La ultrafiltración es el paso de agua y de sustancias disueltas a través de una membrana porosa. La ultrafiltración es la diferencia de presión entre ambos lados de la membrana y es el mecanismo responsable de la transferencia de agua y sustancias disueltas en ella del lado de alta presión al lado de baja presión. El riñón artificial posee un mecanismo que le permite extraer el agua del cuerpo al aplicar presión negativa de un lado de la membrana de diálisis para obligar a la salida de agua. A este proceso se le llama ultrafiltración o hemofiltración.

La aplicación de la diálisis en la insuficiencia renal crónica, no es un solo procedimiento; tiene variantes que se explican a continuación.

1.3.1 La diálisis peritoneal.

Esta técnica de diálisis consiste en utilizar el peritoneo, que es la membrana que tapiza las paredes y la superficie de los órganos contenidos en la cavidad abdominal y que posee rica irrigación sanguínea. Se introduce en la cavidad peritoneal un líquido conocido como solución para diálisis peritoneal (solución B) que baña la membrana peritoneal y se pone en contacto con la sangre (que sería la solución A) que circula dentro de la membrana peritoneal (en la cavidad del abdomen). La eliminación de desechos (urea, creatinina), los intercambios de agua y de minerales (sodio, potasio, fósforo, calcio) se llevan a cabo a través de esa membrana: entre la solución B (el líquido de diálisis peritoneal) y la sangre (solución A).

Para este propósito se crea un acceso a la cavidad peritoneal por medio de un tubo delgado de plástico blando que se inserta en la cavidad misma, cerca del ombligo y se fija a la pared exterior del vientre. Este tubo o sonda se conoce como catéter peritoneal; a través de este tubo se introduce la solución de diálisis peritoneal (Peña, 2004).

Existen diferentes modalidades de diálisis peritoneal; las más utilizadas son las siguientes:

La diálisis peritoneal crónica ambulatoria.

Se lleva a cabo en el domicilio del paciente. Consiste en el empleo de bolsas de solución de diálisis peritoneal de 2 litros, que se pasan a la cavidad abdominal por medio del catéter. Este líquido se deja dentro de la cavidad abdominal durante 3 a 4 horas, tiempo durante el cual se lleva a cabo el proceso de diálisis. Durante la estancia de esta solución dentro del abdomen, el paciente puede desarrollar sus actividades normales. Posteriormente, el líquido es evacuado bajando la bolsa a nivel del suelo. Se utilizan habitualmente 4 bolsas por día. La infusión y extracción del líquido toma alrededor de 30 minutos.

La diálisis peritoneal con máquina automatizada.

La máquina regula automáticamente la entrada y salida del líquido. Los intercambios de diálisis se realizan en el domicilio del paciente en el curso de la noche y durante el día se descansa. En México, la mayoría de los pacientes se encuentran en alguna de estas modalidades de diálisis peritoneal.

La técnica permite cierta libertad de acción de los pacientes. Es muy útil en muy jóvenes o en ancianos con problemas cardiovasculares o que carecen de vías venosas accesibles.

1.3.2 La hemodiálisis.

El objetivo de la hemodiálisis es compensar la pérdida de la función renal en los pacientes con insuficiencia renal terminal. En la mayoría de los casos se practican tres hemodiálisis por semana de 3 a 4 horas de duración; esto permite a los enfermos llevar a cabo sus actividades cotidianas, incluida su ocupación en la mayoría de los casos, para lo que es muy importante llevar una vida ordenada y seguir las indicaciones médicas y dietéticas.

Los progresos permanentes y continuos de la hemodiálisis en los últimos 20 años han reducido considerablemente los efectos adversos indeseables y han mejorado el confort durante las sesiones de hemodiálisis (Peña, 2004).

Estos progresos han permitido además dializar con excelentes resultados a niños y ancianos. Es la técnica más empleada en el mundo. En este método la sangre se dializa, se difunde o purifica a través de un aparato que se conoce como riñón artificial o máquina de hemodiálisis.

El método consiste en poner en contacto la sangre del paciente con un líquido de diálisis a través de una membrana artificial parcialmente permeable dentro de un dializador capilar o filtro. Este filtro permite retirar o depurar de la sangre por medio del líquido de diálisis las sustancias que se acumulan por la insuficiencia renal.

Las máquinas de diálisis poseen un sistema que aplica diferencias de presión entre circuito sanguíneo y la solución de diálisis. Esto permite extraer el agua en exceso (edema o hinchazón) que ocurre en estos pacientes y que se atrapa en el organismo entre cada sesión de diálisis. Es importante señalar que la mayoría de los pacientes en hemodiálisis tienen escasa o mínima producción de orina.

El riñón artificial o máquina de hemodiálisis está constituido por una máquina y un dializador capilar. Posee dos funciones principales:

1. Asegurar la circulación de la sangre por fuera del cuerpo en un circuito llamado extracorpóreo.
2. Generar el líquido de diálisis a partir del agua purificada y tratada; por medio de un regulador mezcla esta agua con una solución rica en sales de sodio, cloro, calcio, magnesio, bicarbonato y dextrosa.

La composición de esta solución de diálisis debe ser muy parecida a la de la sangre y se le debe mantener a una temperatura cercana a 38°C. Esta solución es renovada continuamente a lo largo de la hemodiálisis y eliminada una vez que ha circulado por el dializador.

El dializador capilar es un objeto estéril compuesto por dos compartimentos:

1. El compartimento sanguíneo (rojo).
2. El compartimento del líquido de diálisis (azul y blanco).

Los dos compartimentos están separados por una membrana sintética que permite el intercambio de agua y sustancias de desecho. La mayoría de los dializadores empleados están constituidos por cientos de fibras capilares de 100 micras de diámetro por donde circula la sangre. En la mayoría de los casos las membranas utilizadas se adaptan perfectamente a los componentes de la sangre sin provocar reacciones de intolerancia o de alergia. El intercambio se lleva a cabo en forma permanente mientras se hace la diálisis entre los dos compartimentos; la sangre siempre circula en sentido opuesto al líquido de diálisis.

El circuito extracorpóreo de la hemodiálisis es la parte del riñón artificial (fuera del cuerpo del paciente) diseñada para extraer la sangre de la fístula arteriovenosa hacia el filtro dializador. En el filtro, la sangre circula a través de cientos de pequeños conductos capilares que están en contacto con la solución de diálisis que circula por el exterior de sus paredes y que permiten el intercambio con la sangre. Finalmente, la sangre es restituida al cuerpo por otra aguja insertada en la

fístula del brazo. La circulación de la sangre se asegura con una bomba que funciona durante todo el procedimiento y está colocada antes del filtro de diálisis.

La fístula arteriovenosa.

La sangre del paciente es la que debe circular por el filtro capilar para limpiar el cuerpo de las impurezas que el riñón enfermo es incapaz de eliminar. Para realizar las conexiones a la máquina de hemodiálisis es necesario un acceso fácil a la circulación de la sangre del paciente; esto se logra con una pequeña intervención quirúrgica que se practica bajo anestesia local; consiste en liberar una arteria (la del pulso en la muñeca o en el pliegue del codo) y unirla a una vena superficial situada en las proximidades. Este procedimiento tan simple permite que la sangre de la arteria pase a la vena, a esta unión se le denomina fístula arteriovenosa (Andreu y Force, 2001).

La fístula se debe realizar 3 a 4 meses antes de iniciar la hemodiálisis, para facilitarla ya que entre más pronto se aplique será más efectiva y de mayor éxito.

1.3.3 El trasplante renal.

Los injertos de órganos particularmente del riñón han tenido un desarrollo notable. Su aplicación se ha generalizado y prácticamente todos los países poseen en grado variable programas activos de trasplante renal.

En México se llevan a cabo alrededor de 1000 de estas operaciones cada año; por debajo de lo deseable aunque los grupos activos, aun cuan reducidos, están a la vanguardia y utilizan los adelantos y los medicamentos de punta que les permite obtener resultados comparables a los mejores grupos mundiales

Esta técnica en forma somera consiste en el injerto de un riñón sano a un sujeto enfermo. El riñón trasplantado puede provenir de dos fuentes:

- ✓ De un donador vivo emparentado o no emparentado.
- ✓ De un donador cadavérico, habitualmente jóvenes sanos que se accidentan y presentan muerte cerebral.

El trasplante renal se inició en la década de los sesenta, aunque en los últimos 20 años ha tenido un desarrollo notable; sin embargo, existe un suministro de órganos por debajo de las necesidades existentes.

La espera de un riñón cadavérico es variable pero en general es mayor de uno a dos años. Durante este tiempo el paciente debe permanecer en un programa de diálisis. La espera en diálisis permite seleccionar un donador compatible con el paciente y con ello contar con mejores expectativas de éxito a largo plazo.

En México existe un programa nacional con sede en el CENATRA (Centro Nacional de Trasplantes), el cual tiene como función regular la donación y selección por orden estricto al receptor del riñón idóneo.

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD.

2. Introducción.

Sería imposible concebir la vida sin estar hasta cierto punto preocupados por la seguridad, el bienestar y la protección. Aunque la ansiedad es una experiencia humana universal y desde luego una emoción humana, su evocación no implica necesariamente la presencia de un trastorno con repercusión clínica.

Un trastorno implica una duración, una frecuencia, un número y una intensidad de los síntomas que deben resultar suficientemente significativos para mermar la calidad de vida de la persona.

2.1 Antecedentes históricos sobre ansiedad.

La ansiedad se remonta a los orígenes de la humanidad. Quizá por ese carácter tan universal de la ansiedad como parte de la condición humana, los médicos de la antigüedad la omitían de la lista de enfermedades mentales. Los griegos de la época clásica contaban con términos para la manía, la melancolía, la histeria y la paranoia y, sin embargo, no disponían de ningún término para la ansiedad.

Berrios y Link (1995, cit. en Stone, 2001) señalaron que la descripción más cercana a lo que hoy conocemos como ansiedad es en la obra de Burton “anatomía de la melancolía”, en donde se hacía referencia a un estado de melancolía.

El término ansiedad se incorporó al léxico médico de las enfermedades mentales en los albores del siglo XVIII, su uso significaba que se establecía una distinción entre las reacciones “normales” de la gente tras un fracaso sentimental, problemas económicos, etc. y el carácter excesivo de la reacción de otras personas que atravesaban situaciones parecidas.

En Francia Boissier de Sauvages hablaba de panofobia, haciendo referencia a un estado generalizado de ansiedad que podía expresarse, a su vez, por sacudidas como el terror o pavor nocturno, agitación corporal intensa, insomnio o sensaciones de terror producto de la imaginación (Stone, 2001).

En los primeros años del siglo XIX se asistió a un cambio dentro del campo de la salud mental: de la atención a las causas somáticas o a las manifestaciones concomitantes de los trastornos mentales se pasó al estudio de las posibles causas psicológicas. En la segunda mitad de este siglo se extendió la idea de que la ansiedad, en sus formas más intensas o persistentes, merecía ocupar un lugar propio dentro de la nosología psiquiátrica. Como era habitual en la escuela francesa, la ansiedad se consideraba parte de “un proceso triple”, que comenzaba por la inquietud, progresaba hasta la ansiedad y podía terminar en la angustia (Littre y Robin, 1858, cit. en Stone, 2001).

Por otro lado Neuman consideraba la enfermedad mental como parte de un proceso dinámico por el que, en condiciones normales, una persona logra sus aspiraciones hacia la libertad ganada a través del autocontrol. En circunstancias patológicas, las perturbaciones de los impulsos, sobre todo de los sexuales, alteran la armonía de la persona. Si no se satisfacen esos impulsos surge la ansiedad.

La categoría de diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se introdujo inicialmente en el DSM-III en 1980. Actualmente el DSM-IV nos presenta una amplia clasificación de los diversos trastornos de ansiedad, así como su sintomatología, que nos permite a los profesionales de la salud tener una base sólida para un buen diagnóstico.

Como se observa a lo largo de la historia del concepto de ansiedad se mencionan varios factores que podían desencadenar este padecimiento dependiendo de la época y el contexto en el que se estuviera, a continuación se

citarán algunas definiciones de ansiedad que se consideran de mayor apoyo para esta investigación.

2.2 Definiciones.

Conceptualmente la ansiedad se define como el estado psicológico persistente y recurrente surgido de un conflicto interior; vivido como un estrés experimentando sentimientos vagos de inquietud o pensamiento de estar al filo de la existencia, sentimientos de miedo, furia, irritabilidad, desasosiego, depresión entre otros sentimientos difusos y desconocidos. Este conflicto oculto, emana del choque entre la incompatibilidad de impulsos, deseos y valores (Jersild, 1978).

El trastorno de ansiedad se caracteriza por preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, 2003).

Spielberger y Díaz (1975 cit. en Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, Natalicio y Díaz-Guerrero, 1975) mencionan que la ansiedad se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, concientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

2.3 Clasificación y cuadro clínico.

La ansiedad es un fenómeno complejo que puede ser definido como una experiencia emocional en la cual el ser humano se ve involucrado. Como estado emocional normal a moderado es parte de una experiencia natural, nos es útil para

mejorar el esfuerzo, como tensión nos ayuda a mantener altos patrones de trabajo y conducta, pero en exceso es una desventaja pues daña la eficacia en la productividad del ser humano (Bobes, Bousoño, Portilla y Sáinz, 2002).

El trastorno de ansiedad tiene varias clasificaciones; que se encuentran enlistadas en el DSM-IV (2003).

✧ La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañado habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis aparecen también síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.

✧ La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

✧ El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación.

✧ El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

✧ La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar comportamientos de evitación.

✧ La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo.

✧El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

✧El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

✧El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente al menos 6 meses.

✧El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

✧El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una droga, fármaco o tóxico.

✧El trastorno de ansiedad no especificado se caracteriza por ansiedad o evitación fóbica prominentes que no reúnen los criterios de los trastornos de ansiedad ya mencionados.

El DSM-IV (2003) menciona que para que se catalogue como trastorno de ansiedad debe de presentar tres o más de los siguientes síntomas que deben de haberse presentado en la mayoría de los días del último semestre:

1. Inquietud o impaciencia.
2. Fatigabilidad fácil.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

A la tensión muscular que presentan estos individuos puede añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad también pueden presentar síntomas (manos frías, y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarrea, problemas para tragar o quejas de “tener algo en la garganta”) y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

Framm-Reichmann (cit. en Serrano, 2001) plantea que la ansiedad se manifiesta por:

1. Interferencia con los procesos del pensamiento y de la concentración.
2. Hay un sentimiento de incertidumbre y desamparo frecuentemente sin razón.
3. Hay una preocupación intelectual y emocional.
4. Existe un bloqueo en la comunicación.

Además se presentan varios indicadores psicológicos de ansiedad como: temblor en las manos, nerviosismo, insomnio, palpitaciones, sensación de opresión en la cabeza, fuertes dolores de cabeza, falta de aliento cuando no se está haciendo ejercicio o trabajando mucho, transpiración de las palmas y pesadillas.

La preocupación que se manifiesta en el trastorno de ansiedad se ha diferenciado de la preocupación normal, en su percepción como un hecho significativamente más incontrolable e irreal. Los pacientes invierten en sus preocupaciones la mayor parte del día (aproximadamente el 60%). Además esta preocupación se experimenta como una condensación de pensamientos e imágenes cargados de afectividad negativa y relativamente incontrolables. Aunque el contenido de sus preocupaciones sea simple (familia, trabajo, enfermedad) los pacientes con

ansiedad suelen augurar desenlaces negativos (Craske y cols., 1989, cit. en Brouette y Goddard, 2001).

El trastorno de ansiedad ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en varones, en estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres (DSM-IV, 2003).

El trastorno de ansiedad generalizada debe diferenciarse del trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, en el que los síntomas se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. Entre los síntomas se observa ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física.

Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Debe determinar asimismo el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad. Para ello es fundamental realizar una extensa y cuidadosa valoración de múltiples factores.

2.4 Causas.

La combinación de preocupación y tensión somática, que resulta diagnóstica del trastorno de ansiedad, se presta para esbozar las contribuciones tanto biológicas como psicosociales.

2.4.1 Factores biológicos.

Genética.

Se ha identificado que el trastorno de ansiedad generalizada puede tener una base genética.

Skre y cols. (1993, cit. en Brouette y Goddard, 2001) propusieron que los genes que intervienen en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo podrían estar ligados. No está claro si esta relación puede atribuirse a expresiones diferentes de un mismo gen anómalo o a dos genes anómalos situados en el mismo cromosoma. No obstante, se ha comprobado que un alto porcentaje de los pacientes sufre un trastorno asociado del estado de ánimo.

Los factores genéticos pueden contribuir de manera significativa a la patogenia de la ansiedad; sin embargo no es el único factor que contribuye a la aparición de esta problemática como lo veremos a continuación.

Factores neuroquímicos:

Noradrenalina.

En algunas investigaciones el trastorno de ansiedad se ha asociado con un aumento de la noradrenalina, la regulación a la baja de los receptores α -adrenérgicos (ALFA) postsinápticos es compatible con una hiperactivación del sistema noradrenalínico.

Serotonina.

La serotonina es otro neurotransmisor implicado en la etiología del trastorno de ansiedad. Las situaciones potencialmente amenazadoras elevan al parecer la serotonina sináptica, y las regiones corticales y límbica posiblemente se sirvan de este estímulo para evaluar y reaccionar ante la situación. La elevación de los metabolitos serotoninínicos sugiere un modelo de hiperactivación serotoniníca.

El ácido γ -aminobutírico (GABA) y la colecistocinina son otros dos neurotransmisores que parecen estar implicados en la etiología de trastorno de ansiedad.

Función endocrina.

Los componentes múltiples del sistema endocrino modulan el metabolismo corporal. Una de las varias funciones del sistema endocrino consiste en responder al estrés y restablecer la homeostasis; por lo tanto el sistema endocrino, en particular el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) puede tener relación con los trastornos de ansiedad.

2.4.2 Factores psicosociales.

Los procesos internos, la experiencia y los medios de afrontamiento del paciente intervienen en el curso de la ansiedad.

Rosenbaum y cols (1993, cit. en Stein y Hollander, 2001) mencionan que la inhibición conductual durante la infancia puede incrementar el riesgo para presentar un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Esta inhibición está caracterizada por la tendencia a la retracción y timidez frente a situaciones nuevas. Los niños con inhibición conductual presentan tasas más elevadas de trastornos de ansiedad en la infancia y la inhibición puede predecir futuros trastornos de ansiedad.

Spielberger (1972) propone una teoría sobre el trastorno de ansiedad, en la cual menciona que la ansiedad no es un trastorno, sino una constelación de rasgos de personalidad desadaptativos. El rasgo de ansiedad puede definirse como una disposición bastante estable para responder con un estado de ansiedad a una amplia gama de situaciones.

La terapia cognitivo-conductual, propone que los pacientes con trastorno de ansiedad han elaborado un conjunto de pensamientos automáticos catastróficos que se autorrefuerzan e impiden a la persona aproximarse; sin sufrir una turbación enorme, a las situaciones novedosas. El paciente entra en una cascada de ideas irracionales y va teniendo cada vez más problemas para afrontar las

preocupaciones sobre su futuro. El paciente con ansiedad sobrevalora la probabilidad o la intensidad de los acontecimientos que le aterran y esta sobrevaloración mantiene el trastorno. El paciente con ansiedad está pendiente en exceso de los estímulos potencialmente amenazadores y esta atención sesgada propaga la sensación de peligro. Los pacientes adoptan conductas de evitación o de escape que les impide descubrir las pruebas que contradirían estas predicciones pesimistas; por eso, el paciente sigue sosteniendo esas creencias (Vallejo y Gastó, 1990).

2.5 Tratamiento.

2.5.1 Farmacoterapia.

La ansiedad se ha tratado, durante gran parte de la historia, con fármacos, empezando por el alcohol en la prehistoria y siguiendo por el uso de los bromuros, el hidrato de cloral y el paraldehído en el siglo XIX, hasta llegar a la síntesis de los barbitúricos, los antihistamínicos y las benzodiazepinas en el siglo XX.

Sin embargo, gran parte de los primeros compuestos producían efectos secundarios graves; los avances más recientes en la farmacoterapia del trastorno de ansiedad se ha basado en el uso de agonistas de los receptores de serotonina, antidepresivos tricíclicos y otros antidepresivos más específicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) (Sussman, 1999, Cit en Stein y Hollander, 2001).

Benzodiazepinas.

Las benzodiazepinas han sido muy empleadas en el tratamiento del trastorno de ansiedad. La popularidad de estos medicamentos obedece a su actividad ansiolítica rápida y su comodidad de uso.

Esta medicina ayuda a combatir el ácido γ -aminobutírico (GABA) y los efectos son descenso de la ansiedad, aumento de la sedación, lentificación cognitiva, actividad antiepiléptica y relajación muscular.

La desventaja de este medicamento es que cuando se suspende su administración e incluso cuando se retiran las dosis bajas, los síntomas somáticos y psicológicos aumentan.

Estos preparados ejercen efectos persistentes sobre la atención, funciones psicomotoras, cognición y memoria que pueden asociarse con morbilidad importante e incluso mortalidad.

Dadas las posibles dificultades que entraña la retirada de las benzodiazepinas, muchos clínicos prefieren no utilizarlas como tratamiento inicial.

Buspirona.

La buspirona es igual de efectiva que las benzodiazepinas; en una dosis de 20-40 mg., su acción es más lenta pero con alta efectividad. El perfil de efectos secundarios de la buspirona ofrece grandes ventajas sobre las benzodiazepinas.

No altera la cognición ni la función psicomotora, se tolera bien durante el tratamiento de mantenimiento. Además los enfermos tratados con buspirona no experimentan ansiedad de rebote ni síntomas de abstinencia. Después de 6 meses de tratamiento los pacientes manifiestan una tasa más baja de recaídas al cabo de 3 años (Rickels y Schweizer, 1990, cit en Broutte y Goddard, 2001).

Hidroxizina.

Es un antagonista de los receptores de histamina que no induce dependencia. La hidroxizina en 50 mg induce a una mejora cognitiva más intensa y más rápida. El efecto secundario más común es la somnolencia, aunque en la mayoría de los pacientes este problema mejoró en el transcurso del tratamiento.

2.5.2 Psicoterapia.

Psicoeducación.

La psicoeducación del trastorno de ansiedad constituye un factor importante de la terapia. Los principales motivos para iniciar el tratamiento con la educación es que el paciente tenga claro los síntomas tanto fisiológicos como emocionales que pueden experimentar; además de que conozcan las causas de su problema y lo que pueden hacer para evitarlo. Al ser explicada la sintomatología, los pacientes sienten un gran alivio al saber que su experiencia no es tan rara y que existen tratamientos para combatirla (Huppert y Sanderson, 2001, cit en Stein y Hollander, 2001).

Terapia cognitiva.

Los pacientes con trastornos de ansiedad sobrevaloran la probabilidad de los acontecimientos negativos y subestiman su capacidad para afrontar situaciones difíciles; estas distorsiones cognitivas pueden desempeñar un papel determinante en el círculo vicioso de la ansiedad y acentuar los sentimientos de peligro y amenaza del paciente. De aquí que la terapia cognitiva se dirija al sistema defectuosos de percepción y trate de orientar al paciente hacia una pensamiento lógico y más realista.

Autoobservación.

La autoobservación es una técnica de las más básicas de la terapia cognitivo-conductual, ya que sirve como procedimiento de evaluación y como estrategia de tratamiento. El método consiste en que cada vez que el paciente sienta ansiedad registre cuándo y dónde surgió y los síntomas.

Los aspectos más importantes de este registro son: la fecha, hora de inicio y de término, lugar, acontecimiento, personas con las que estaba y el contenido de la preocupación.

Para reforzar el cumplimiento, el terapeuta le debe de informar al paciente que este procedimiento ayudará a aclarar los patrones que generan los episodios preocupantes.

CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN.

3. Antecedentes históricos sobre depresión.

La depresión quizá como ningún otro desorden psiquiátrico o médico se remonta en su historia hasta los primeros registros de la humanidad.

Etimológicamente, depresión viene del latín *depressio*: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud (Rojtenberg, 2001).

La primera descripción clínica la realizó Hipócrates (460-370 a.c.) quien acuñó el término de “melancolía”. Según la versión hipocrática, la melancolía se caracteriza por una aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Literalmente la palabra melancolía deriva del griego *mélanos*=negro y *cholís*=bilis, ya que consideraba que la etiología era que la bilis negra en abundancia ascendía al cerebro y los pacientes manifestaban vómitos a causa de su irritabilidad y ansiedad (Rojtenberg, 2001). Aristóteles (aproximadamente 350 a.c.) reconoció un temperamento melancólico en grandes pensadores, artistas, poetas y políticos.

Arateus de Capadoctcs (aproximadamente 80 d.c.) aportó una mejor descripción clínica temprana de la enfermedad, él consideraba que la manía y la melancolía eran dos expresiones de una enfermedad recurrente pero potencialmente curable, los pacientes melancólicos eran descritos como “intranquilos, tristes, desalentados, con insomnio, aterrados si la afección progresaba” y “delgados por su agitación y falta de sueño reconfortable” también señaló que a una edad más avanzada, se quejaban por miles de tonterías y deseaban la muerte (Zilboorg y Henry, 1941; cit. en Publicación del Depto. de Psic. Experimental de la Conducta, 1984).

Durante la edad media a finales de 1500, Félix Platter se da a conocer como el primer gran sistematizador ya que describió a la melancolía como una clase de

aberración mental en donde la imaginación y el juicio estaban pervertidos sin causa alguna, las víctimas se volvían muy tristes y temerosas; suponía que la causa era un terror ocasionado por algún accidente imprevisto (Diethelm y Hefferman, cit. en Publicación del Depto. de Psic., 1984). También durante esta época la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoníaca, al castigo divino, a la influencia de los astros o al exceso de humores. Paracelso fue la excepción, ya que en medio de muchas contradicciones de la época, afirma que las enfermedades mentales tienen origen natural y que no son causadas por espíritus.

Constantino Africano, fundador de la escuela de medicina de Salerno se hizo famoso por sus descripciones de los estados depresivos. Se apoyó en la teoría de que una cantidad excesiva de bilis por disfunción de la economía orgánica era la causa de la melancolía. Señaló dos tipos distintos de melancolía: uno se localizaba en el cerebro, el otro en el estómago; fue el primero en describir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad; afirmó también que un buen pronóstico eran las afecciones en las que predominaba un estado de extremo retraimiento. A finales de 1621 cesó la creencia en influencias espirituales como causa de la depresión, ya que Robert Burton en su Anatomía de la melancolía refería que los melancólicos descendían de padres melancólicos.

Kraepelin a finales de 1800 establece un sistema nosográfico con el que va a integrar en forma organizada y sistemática el caos reinante en psiquiatría. Así diferencia tres categorías principales: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maníaco depresiva.

Por otro lado es importante mencionar la aportación de Freud (1917) al hablar del término Duelo y Melancolía. El duelo es una reacción frente a la pérdida de una persona o una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.; es un estado normal que en cierto tiempo se superará, que es

inoportuno y dañino perturbarlo. El duelo pesaroso es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene dolor, pérdida del interés por el mundo exterior y de la capacidad de escoger algún objeto de amor. La melancolía se identifica en lo anímico por un profundo dolor, una cancelación del interés por el mundo exterior, hay una pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. El duelo muestra los mismos rasgos excepto uno que es la falta de una perturbación del sentimiento de sí, es decir una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. El melancólico describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable, se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No se da cuenta que tiene una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado; cree que nunca fue mejor (Serrano, 2001).

Ya que se ha tratado un poco de historia del término depresión, es conveniente hacer una revisión del concepto visto desde diferentes autores.

3.1 Definiciones.

La depresión es un trastorno complejo, con diferentes matices sintomáticos promovidos por múltiples causas que afecta al sujeto tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve como por sus secuelas personales y sociales.

Se ha clasificado como síndrome ya que se manifiesta por un conjunto de síntomas entre los cuales el individuo puede presentar tristeza, pesadumbre, ansiedad y sentimientos de soledad, desesperanza e impotencia

La depresión como síntoma es experimentado por todas las personas. Se puede manifestar simplemente como tristeza, infelicidad o pesimismo y en la mayoría de las personas como una mera sensación de soledad (Cantwell, 1987).

Existe en el ser humano un pesar que no disminuye con el paso del tiempo, que impresiona como inapropiado o exagerado en relación con el acontecimiento supuestamente precipitante, que no aparece vinculado con una causa discernible o que toma el lugar de una emoción más congruente. Este pesar aletarga, interrumpe o anula la acción; inunda con una sensación de angustia difícil de contener, tiende a extenderse a una psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento, reaparece con frecuencia incluso después de una aparente cura, este estado emocional se denomina generalmente depresión (Arieti y Bemporad, 1993).

Arieti y Bemporad (1993) consideran que es un sentimiento, pero también se puede considerar de la siguiente manera:

1.- Como síndrome, en la medida en que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas.

2.- Como enfermedad, ya que es un estado que provoca una disfunción del organismo, independientemente de la naturaleza de la causa desencadenante.

La depresión significa decaimiento de ánimo o de la voluntad. Estado patológico en que existe disminución general de toda la actividad síquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad. Uno de los rasgos característicos de este problema clínico es que afecta en mayor medida a mujeres que a hombres, por cada dos mujeres depresivas hay un hombre depresivo (DSM-IV, 2003).

Para Rojtenberg (2001) la depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales,

cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

En muchos casos está asociada a una pérdida importante que tuvo lugar en la infancia o a cuidados pocos amorosos y hostiles por parte de las figuras paternas, que resultaron poco satisfactorias en la niñez. Además en el área afectiva también se presenta una incapacidad para relacionarse y desinterés en la vida y en sus actividades. En este aspecto psicomotor se observa una lentitud en sus movimientos y fatiga. Las personas deprimidas pueden presentar quejas, dolor, fatiga o enfermedades psicosomáticas. En algunos casos se presentan ciclos de melancolía y manía (Rangel, 2001).

3.2 Cuadro clínico y clasificación.

La depresión se ha clasificado como síndrome ya que se manifiesta por un conjunto de síntomas entre los cuales el individuo puede presentar tristeza, pesadumbre, ansiedad y sentimientos de soledad, desesperanza e impotencia. Está acompañado de pensamientos y expectativas pesimistas y negativas ante el ambiente y el futuro, además de falta de concentración y productividad en el trabajo.

Según Rojtenberg (2001) la depresión se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida del interés por el mundo externo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, rumiante y monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo.

Estadísticamente, la tasa de prevalencia de la depresión varía del 3 al 6% de la población general. La depresión es más predominante en las mujeres ya que suelen padecerla 2 a 3 veces más que los hombres y se encuentran más

expuestas durante épocas particularmente vulnerables como la adolescencia, el puerperio y la perimenopausia.

Para comprender mejor las funciones que se ven afectadas en la depresión Polaino (1995) propone las siguientes áreas:

ψ Afectividad.

Tristeza sin motivo alguno, falta de ilusiones, indiferencia aburrimiento, anulación de los proyectos e ideales, infelicidad, deseos de morir, el paciente dice sentirse desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, preocupado, inútil o culpable.

ψ Pensamiento.

Está retardado con un contenido ideatorio prevalente, disminución de la autoestima, autorreproches o ideas de ruina. No puede desarrollar una actividad preparatoria para una acción específica modificadora y creativa, sino que, por el contrario cavila de modo monotemático y repetitivo con y sobre su queja, sin provecho o acción específica alguna. Culpa moral. Dificultad para la evocación. Falta de ocurrencia y/o espontaneidad. En ocasiones tienen ideas delirantes hipocondríacas de culpa y condenación. Ideas paranoides (se sienten observados o espiados).

ψ Lenguaje.

Hay inhibición y graves dificultades para conversar que pueden llegar a la incomunicación. Los contenidos suelen ser negativos y tristes. Suele presentarse hermetismo y solipsismo.

ψ Sensación de enfermedad.

Se considera cansado, agotado y en ocasiones acabado y acosado por el sufrimiento. Se siente incapaz de realizar alguna tarea por pequeña que esta sea.

ψ Interacción social.

Es inhibida y bloqueada. Tiene dificultades para rebasar su propia intimidad, autoconcepto peyorativo.

ψ Actividad.

Frecuentemente inhibida. Experimenta excesivas reflexiones que transforma en obstáculos insuperables. La actividad no tiene ningún sentido, sus proyectos personales los desecha o reduce.

ψ Tendencias.

Imposibilidad de dormirse, sueño inquieto, superficial y con pesadillas, frecuentemente interrumpido. En algunos casos hay hipersomnia. Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones episodios de bulimia. El deseo sexual se empobrece y también pueden aparecer la impotencia o la anorgasmia. La mujer padece alteraciones del ciclo menstrual, que pueden ser hipomenorrea, hipermenorrea o amenorrea, como también alteraciones en la duración del ciclo.

ψ Trastornos neurovegetativos.

Náuseas, vómitos, sequedad de la boca, estreñimiento, hipertensión, taquicardia, cefaleas, vértigo, prurito, crisis de sudoración, hipersensibilidad al ruido, trastorno del gusto.

En la actualidad existen varios sistemas para clasificar los trastornos afectivos, por lo cual solo citaré algunas clasificaciones que sean de mayor importancia para esta investigación.

Calderón (1984) establece una diferencia entre la forma reactiva y endógena. En la reactiva o exógena hay factores ambientales y psicológicos desencadenantes, mientras que en la segunda no hay factores desencadenantes evidentes, pero los estudios revelan alteraciones en la bioquímica y neuroquímica del organismo.

El DSM-IV (2003) clasifica la depresión en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado y trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.

3.2.1 Trastorno depresivo mayor.

Si el estado de ánimo o la pérdida de interés persiste durante al menos dos semanas se considera un trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante, y deben presentarse cinco de los siguientes síntomas en forma simultánea y durar la mayor parte del día.

1. Disminución del interés o capacidad para el placer en casi todas las actividades.
2. Pérdida o aumento importante de peso.
3. Insomnio o hipersomnia.
4. Agitación o inhibición psicomotoras.
5. Fatiga o pérdida de energía.
6. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos.
7. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar.
8. Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con este cuadro que mueren por suicidio llegan al 15%, además de experimentar más dolor, enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinada enfermedad médica (diabetes, infarto al miocardio, accidentes vasculares) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno

depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.

3.2.2 Trastorno distímico.

Se considera trastorno distímico si durante al menos dos años ha habido más de dos días con estado de ánimo depresivo en adultos o niños se considera un trastorno distímico.

Se caracteriza por presentar un estado depresivo la mayor parte del día, de la mayoría de los días durante al menos dos años (en niños y adolescentes un año).

Los síntomas no son tan graves e incapacitantes como los del episodio depresivo mayor e incluyen dos o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento del apetito.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Fatiga.
4. Dificultad para concentrarse.
5. Sentimientos de desesperanza.

3.2.3 Trastorno depresivo debido a una enfermedad médica.

En el trastorno depresivo debido a una enfermedad médica la característica esencial es una marcada y persistente alteración en el estado de ánimo debido a los efectos fisiológicos directos de una condición médica. Evidentemente el comienzo, la evolución y la remisión del cuadro están íntimamente relacionados con la condición médica. Debe de existir una evidencia histórica, de un examen físico o de datos de laboratorio que corroboren esta etiología. El DSM-IV (2003) menciona algunas condiciones médicas para el diagnóstico de este trastorno entre las cuales están: endocrinológicas (hipertiroidismo o hipotiroidismo), tumores (cáncer), afecciones virales (hepatitis, SIDA), neurológicas (Parkinson, Alzheimer), digestivas (úlceras pépticas), sistémicas y/o autoinmunitarias (lupus eritematoso

sistémico), cardiovasculares (infarto, cardiomiopatía), insuficiencias (coronaria, respiratoria, renal).

3.3 Causas.

Calderón (1984); quien considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, afirma que la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro clínico y el diagnóstico que se haga. El estado constitucional y los factores ambientales son mutuamente complementarios, aunque haya predominio de algunos agentes. Calderón (1984) divide las causas en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

3.3.1 Causas genéticas.

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas. Quizá se podría hablar de la posibilidad de heredar o de presentar una vulnerabilidad a los cuadros depresivos, aunque también pueden influir factores ambientales (Calderón, 1984).

La teoría monoaminérgica hipotetizaba que la depresión era debida a una deficiencia de neurotransmisores monoaminérgicos. Toma en cuenta que los principales neurotransmisores son las catecolaminas (norepinefrina, dopamina y serotonina). Se pensaba que la cantidad normal de neurotransmisores era de algún modo disminuida, quizá por un proceso patológico desconocido, por estrés o por fármacos, lo que conducía a los síntomas de la depresión.

Otro enfoque biológico sobre la depresión es que ciertos cambios endócrinos pueden originarla.

3.3.2 Causas psicológicas.

Las causas psicológicas que menciona Calderón (1984) pueden intervenir en la génesis de cualquier depresión; los factores emocionales tienen un papel

preponderante, desde los primeros años de la vida, determinando rasgos de personalidad enraizados en el modo de ser del individuo.

Los desencadenantes pueden ser la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de la salud (enfermedad con peligro de muerte, que determinan incapacidad física o alteraciones estéticas o enfermedades que afectan la autoestima).

Por otro lado la pérdida del objeto (ya sea reciente y real o del pasado, un ser querido, el poder sexual la juventud, la salud, etc.) es una causa básica en la depresión.

3.3.3 Causas ecológicas.

Calderón (1984) considera que los daños orgánicos a causa de la contaminación atmosférica, el ruido o los problemas de tránsito son causantes de las depresiones simples. En general el impacto del desequilibrio ecológico causa tensión, hipertensión, angustia e inseguridad, insomnio, fatiga física e intelectual, ansiedad, irritabilidad, factores que pueden conllevar a una depresión.

3.3.4 Causas sociales.

Las pérdidas de los lazos de unión (desintegración familiar, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos afectivos) afectan en forma importante el estado afectivo de muchas personas. También son causas de las depresiones simples (Calderón, 1984).

Cabe recalcar que no sólo la depresión es causada por alguna alteración bioquímica, psicológica o social, sino que puede desencadenarse a partir del cambio de vida debido al padecimiento de una enfermedad crónica.

Como se puede apreciar a lo largo de este capítulo la depresión está vinculada con muchos factores y síntomas que la desencadenan, por lo cual no se puede enfocar a un solo síntoma sino que se debe de tener un panorama multifactorial. Además cabe resaltar que una de la sintomatología que presenta una persona depresiva es la ansiedad, tema que trataremos en el siguiente capítulo, ya que hay una estrecha vinculación entre ambos cuadros clínicos.

3.4 Tratamiento.

Antes de iniciar cualquier tratamiento debemos de contar con el empleo adecuado y cuidadoso de un diagnóstico, ya que éste nos proporcionará una base sólida para determinar el tratamiento médico y/o psicológico más eficaz para cada paciente. Esto con el objetivo de tener una correcta evaluación de síntomas característicos de la depresión y no confundirnos con otro diagnóstico.

Existen diversas formas de tratamiento para la depresión, sólo se mencionarán las más importantes.

3.4.1 Farmacoterapia.

Beck (1983, Cit. en Rangel, 2001) fue uno de los autores que aportó investigaciones importantes al estudio y tratamiento de la depresión. Junto con otros científicos realizó una investigación bibliográfica y de campo sobre las sustancias que se han utilizado desde 1955 hasta la fecha. A partir de 1957 aparecieron dos tipos de medicamentos que favorecieron la producción de fármacos nuevos:

1. Los compuestos tricíclicos: imipramina y amitriptilina.
2. Los inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO): tranilcipromina y la fenelcina.

En varias investigaciones se ha comprobado que la imipramina es más eficaz que la amitriptilina.

Los efectos colaterales más comunes de los tricíclicos son: sequedad de la boca, estreñimiento, aumento en la sudoración, agitación e insomnio al iniciar la administración de imipramina, vómito, somnolencia, trastornos visuales leves.

Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias como el alcohol y las drogas pueden reducir la efectividad de los antidepresivos, por lo tanto se deben evitar.

Dosificación y administración.

1. Los medicamentos tricíclicos se deben iniciar con dosis bajas y en caso de no observar mejoría se debe ir aumentando la dosis hasta alcanzar la eficiencia óptima. Es aconsejable administrarlos por las tardes debido a sus efectos sedantes. Una vez que el paciente presente mejoría se puede reducir la dosificación gradualmente. El tratamiento de mantenimiento debe continuar de 3 a 6 meses para evitar una recaída y no debe ser interrumpido bruscamente, sino gradualmente.
2. Los medicamentos IMAO, deben iniciarse con cantidades bajas e ir aumentando la dosis hasta alcanzar mejoría. La dosificación de mantenimiento es de 10 a 20 mg al día. Se deben seguir los mismos criterios de reducción que se utilizan en los tricíclicos.

3.4.2 Psicoterapia.

El tratamiento farmacológico es de gran ayuda para combatir a la depresión, pero en algunas ocasiones es necesario combinarlo con la psicoterapia para tratarla. Algunos modelos psicoterapéuticos clásicos pueden ser:

Psicoterapia interpersonal.

Es una psicoterapia desarrollada por Klerman y Weissman que se basa en el análisis crítico de los factores sociales que influyen en el desencadenamiento de un episodio depresivo. La estabilidad y calidad de las relaciones tempranas, la existencia de relaciones confiables durante la vida, la pérdida de relaciones significativas y la presencia de estrés están estrechamente ligadas al comienzo de la depresión. El objetivo de esta terapia se focaliza en el alivio de los síntomas a través de una mejoría en las relaciones interpersonales (Vallejo y Gastó, 1990).

Psicoterapia cognitivo conductual.

Es también una psicoterapia breve, desarrollada por Beck, Kovacs y Rush, siendo el método psicoterapéutico más extensamente evaluado en depresión. Desde un punto de vista teórico, se asume que el problema central de la depresión consiste en pensamientos negativos que a su vez desencadenan los síntomas emocionales y conductuales de la depresión. Así la depresión se caracteriza por una visión negativa y pesimista del mundo y de sí mismo. El objetivo de esta terapia es identificar las cogniciones y actitudes negativas a fin de modificarlas (Yates, 1972).

Psicoterapia psicodinámica.

A diferencia de las psicoterapias anteriores, el objetivo de esta forma de tratamiento es la modificación de la estructura de la personalidad y no sólo aliviar los síntomas. Desde un punto de vista teórico, los síntomas depresivos serían el resultado de un conflicto inconsciente. La clave para resolver esos conflictos sería el análisis de la relación (transferencial) entre el paciente y el terapeuta, ya que en ella se reproducirían “en vivo y en directo” la mayor parte de esas perturbaciones inconscientes. El objetivo de la terapia sería la elaboración de esos conflictos, lo que secundariamente traería el alivio de los síntomas (Arieti y Bemporad, 1993).

CAPÍTULO 4. MÉTODO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con IRCT ejercen influencia en el tratamiento de hemodiálisis?

OBJETIVO.

General

Examinar los niveles de depresión y ansiedad estado de los pacientes adultos con IRCT en tratamiento de hemodiálisis.

VARIABLES.

DEPENDIENTE

1. Definición conceptual:

a) Ansiedad Estado:

La ansiedad estado se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, concientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

2. Definición operacional:

Puntajes obtenidos en el IDARE

b) Depresión.

Significa decaimiento de ánimo o de la voluntad. Estado patológico en que existe disminución general de toda la actividad síquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad.

2. Definición operacional:

Puntajes obtenidos en el Zung.

INDEPENDIENTE.

Definición conceptual:

Hemodiálisis: El objetivo de este procedimiento es sustituir la acción limpiadora y filtradora del riñón. Extrae del cuerpo la sal, exceso de líquido y

desechos tóxicos, ayudando a mantener en la persona un control de la presión arterial y de la composición del organismo. La sangre pasa por un dializador, es decir un filtro de características especiales capaz de limpiar la sangre.

Definición operacional: tratamiento sustitutivo por mal funcionamiento del riñón.

SUJETOS

Para esta investigación se utilizó una muestra de $n=57$ sujetos, de los cuales 38 fueron hombres y 19 mujeres, con las siguientes características:

- a) Pacientes atendidos en el servicio de Nefrología del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE.
- b) Recibir tratamiento en sesiones de hemodiálisis
- c) Edades que fluctúan de los 21 a los 79 años (media =52.1 años $ds=$ 15.07)

INSTRUMENTOS

- a) Materiales:

-Lápices

-Hojas

- b) Instrumentos:

-Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), creado por C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero (1975).

Está constituido por dos escalas de autoevaluación para medir dos dimensiones de la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Cada escala consta de 20 afirmaciones. Para esta investigación sólo se utilizó la escala para ansiedad estado.

Este instrumento es útil y versátil para la medición de ambos tipos de ansiedad, dado que su contenido, validez de construcción y concurrente se comparan favorablemente con otras pruebas de ansiedad publicadas.

Para probar la confiabilidad en México se utilizó el método de test-retest para correlacionar a 5 grupos de sujetos que fueron incluidos en la muestra normal de estudiantes universitarios no graduados, so obtuvieron correlaciones bastante altas variando desde .73 (Spielberger y cols, 1975). Se considera útil en la investigación clínica y farmacológica en nuestro medio, así como auxiliar en la clínica.

-Escala de autoevaluación de Zung.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La puntuación global permite estimar la intensidad de la depresión y el análisis de los ítems, detectar los síntomas más frecuentes o formular hipótesis sobre su base cognitiva.

Lara Tapia y cols. (1975, cit. En Balderas, 1986) presentan la experiencia en la adaptación y estandarización en nuestro país, a través del estudio de cinco grupos de sujetos sanos y enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos, se concluye que las normas estándar de la escala original son válidas.

DISEÑO

Diseño descriptivo de tipo transversal.

En este tipo de estudio, se examinan las diferencias en la conducta de personas de diferentes edades, realizándose una sola medición; dado que el propósito es medir la influencia que existe entre la ansiedad y la depresión en el tratamiento de hemodiálisis.

Muestreo

Se ocupó un muestreo no probabilístico de tipo incidental, n=57 sujetos.

SITUACIÓN.

Unidad de hemodiálisis del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro.

PROCEDIMIENTO

Primero se consiguió una lista de los pacientes que acuden a sesiones de hemodiálisis en la cual contenían datos como: nombre del paciente, el horario de la sesión (matutino o vespertino), días que acudía (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado). Todos los pacientes fueron elegidos como potenciales candidatos a participar en el estudio

Para la recolección de datos se formó un grupo conformado de la siguiente manera: la psicóloga encargada del programa de atención psicológica (quien es la que tiene mayor contacto con esta población), el asistente de la psicóloga y la investigadora.

Posteriormente se realizó una plática con la jefe del servicio y el médico encargado en la cual se les explico que se iba a realizar una investigación con los pacientes, para lo cual se les pedía su colaboración.

Después pasamos individualmente con cada paciente para explicarles en qué consistía la investigación y preguntarles si deseaban participar. Si respondían afirmativamente se les leía una carta de consentimiento, la cual contenía datos como la edad, nombre, escolaridad, estado civil, su firma y la de dos testigos.

Algunos pacientes fueron descartados para participar en la investigación por alguna de las siguientes cuestiones: que tuvieran alguna limitación física (ceguera, pérdida de la audición), no deseaban participar en el estudio por varias situaciones (estar cansados, no tener interés en la investigación).

Tanto el IDARE como el Zung se aplicaron cuando los pacientes asistían a su sesión de hemodiálisis; al ser ambos cuestionarios autoadministrables se proporcionó al paciente una copia de los mismos y en caso de que el paciente presentara alguna incapacidad para contestarlos por sí mismo, el investigador requisó el cuestionario con las respuestas dadas por los pacientes; en caso de

que el paciente se sintiera cansado, se le retiraba la prueba y regresábamos en su siguiente sesión para finalizarla.

Finalmente se calificaron las pruebas y se procedió al análisis de resultados.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS.

Los resultados sobre los índices de depresión y ansiedad en pacientes renales se analizaron a través de comparativos porcentuales considerando cada categoría evaluada en las pruebas (datos sin agrupar) y de comparativos que agruparon categorías por sus extremos positivos y negativos (datos agrupados). A continuación se presentan dichos datos, separando inicialmente los relativos a la depresión y ansiedad, para en un momento posterior discutirlos de manera simultánea con base en los objetivos del trabajo.

DEPRESION.

Para la medición clínica de los rasgos depresivos, se utilizó la escala autoaplicada de Zung y se consideraron los siguientes puntos de corte.

< de 50 respuestas = Sin Depresión.

50% - 59% de respuestas = Depresión Leve.

60% - 69% = Depresión Moderada.

> de 69% de respuestas = Depresión Grave.

Los resultados nos muestran que el 57% de la muestra que asistía a tratamiento de hemodiálisis no padece depresión, sin embargo el 43% de la muestra padece algún tipo de depresión, que puede fluctuar entre leve, moderada o grave (Fig. 1).

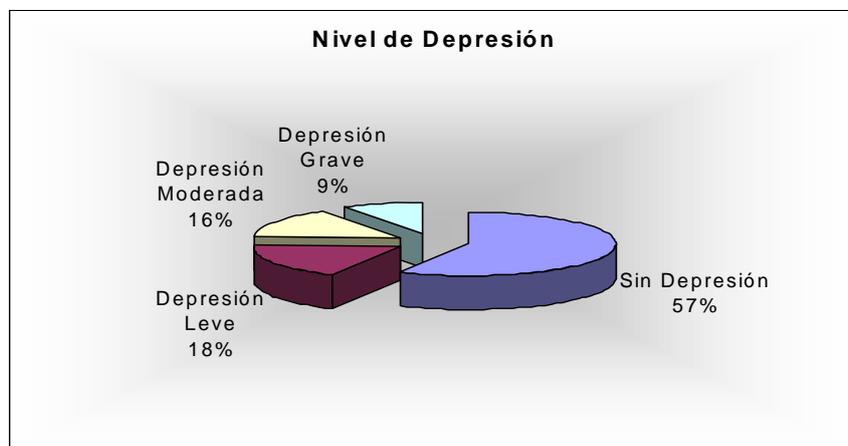


Fig. 1. Niveles de depresión para la muestra.

Ahora realizando la unión de niveles (datos agrupados), surgen los siguientes puntos de corte y categorías:

< 59% de respuestas = No Depresión o Depresión Leve

60% - > 69% de respuestas = Depresión moderada o Grave.

Los resultados muestran que el 75% de los pacientes que acudían a la unidad de hemodiálisis no padecían depresión o padecían depresión leve (Fig. 2) y que el 25% restante padecía depresión moderada o grave.

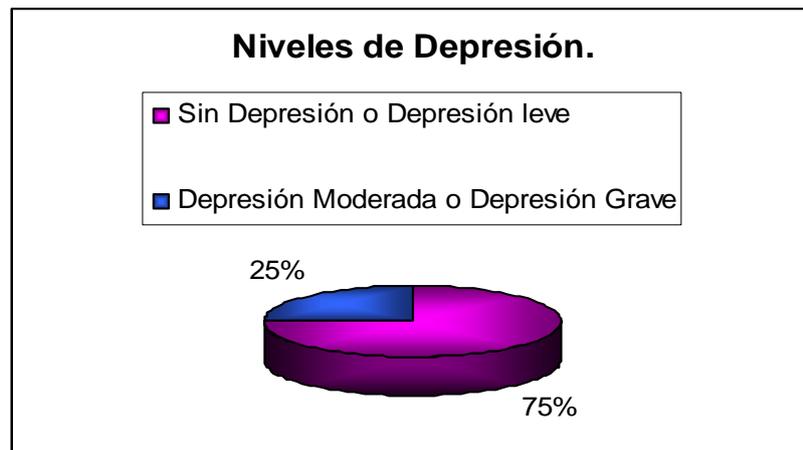


Fig.2 Los niveles de depresión de los datos agrupados.

Es importante mencionar que aunque el porcentaje de personas que padece depresión moderada o grave no es tan elevado (25%) no es un dato que pase desapercibido ya que debe de tenerse en cuenta que el 43% de la muestra presenta algún tipo de depresión (Fig. 3) que de no ser atendida podría ser el desencadenante de un trastorno más grave.

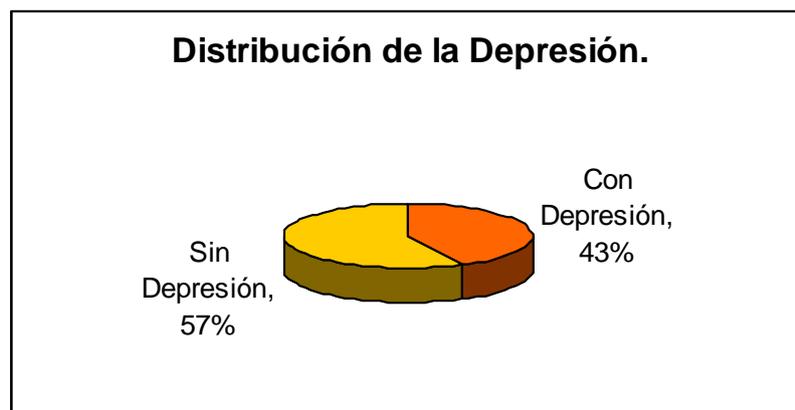


Fig.3 El total de la población que padece algún tipo de depresión es del 43%.

Por otro lado se realizó un análisis comparativo de los niveles de depresión por sexo, encontrando en el grupo de datos sin agrupar que las mujeres padecen depresión moderada en un 32% y depresión grave en un 26% (Fig. 4) mientras que los hombres padecen depresión moderada en un 8% y depresión grave en un 5% (Fig.5).

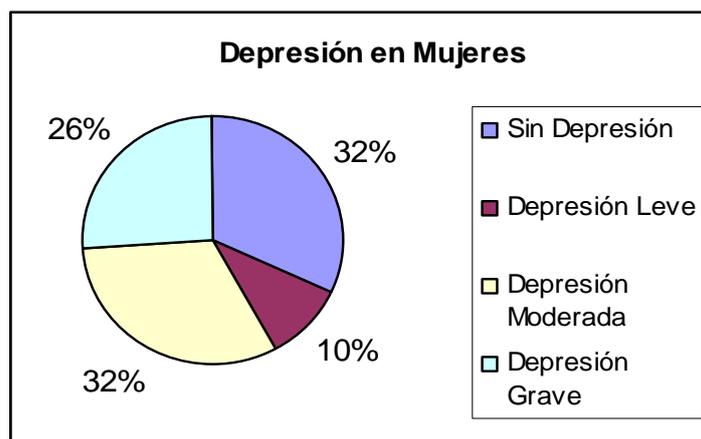


Fig.4 Niveles de depresión en mujeres en los datos sin agrupar.

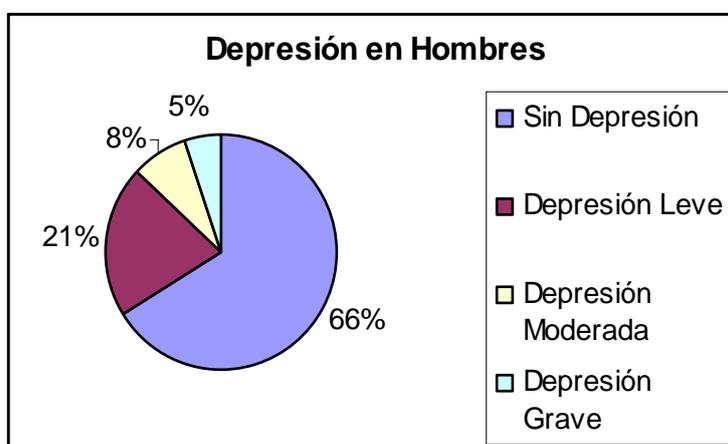


Fig.5 Niveles de depresión en hombres en los datos sin agrupar.

En el grupo de datos agrupados se encontró que las mujeres padecen depresión moderada o grave en un 58% (Fig.6) y los hombres un 13% (Fig. 7).

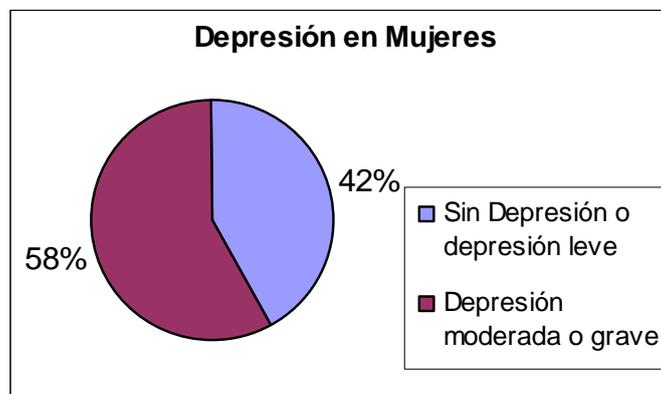


Fig.6 Niveles de depresión en el grupo de datos agrupados.

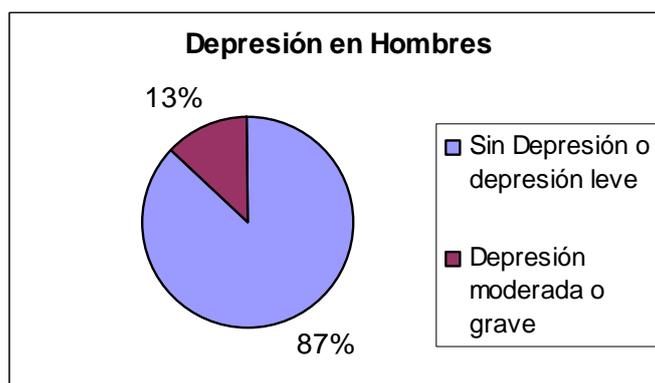


Fig.7 Niveles de depresión en los datos agrupados para los hombres.

Como se muestra en los gráficos 6 y 7 el grupo más vulnerable para padecer depresión de algún tipo son las mujeres, esto puede verse influido por diversos factores.

Lara (1995) menciona que no sólo se deben considerar los cambios biológicos que experimenta la mujer en las diversas etapas de su vida sino que también se deben tomar en cuenta los factores socioculturales, entre los que destaca la condición social de la mujer y el rol femenino impuesto por la visión masculina.

Lagarde (cit. en Lara, 1995) menciona que las mujeres son mantenidas en una posición de opresión, sumisión, discriminación y explotación y son concebidas como cadenciadas, infantiles y dependientes.

En el análisis por escolaridad en los datos sin agrupar se encontró que los pacientes con bachillerato padecen depresión moderada en un 33.30% y los de nivel secundaria y profesional padecen depresión grave en un 40% para ambos (Figura 8).

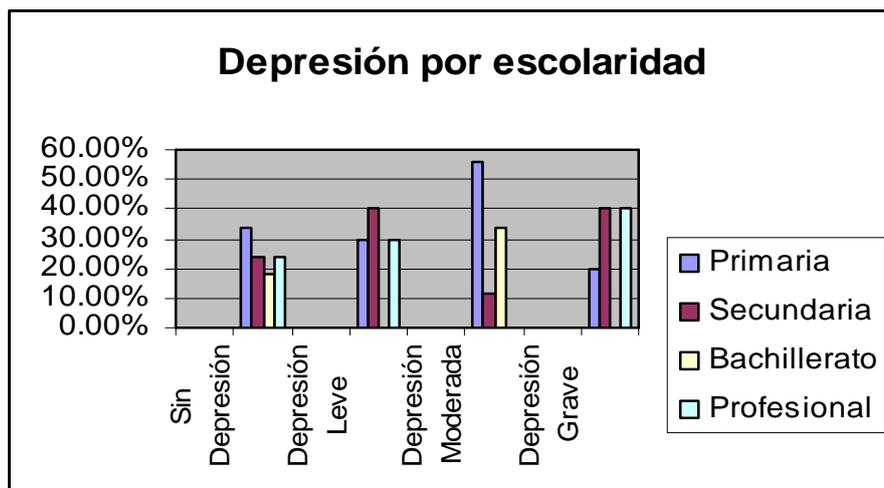


Fig.8. Niveles de depresión por escolaridad en los datos sin agrupar.

En los resultados que corresponden a los datos agrupados se encontró que los de nivel primaria y secundaria padecen depresión grave o moderada en un 43% y 21% respectivamente y los de nivel profesional padecen depresión moderada o grave en un 14% (Fig.9).

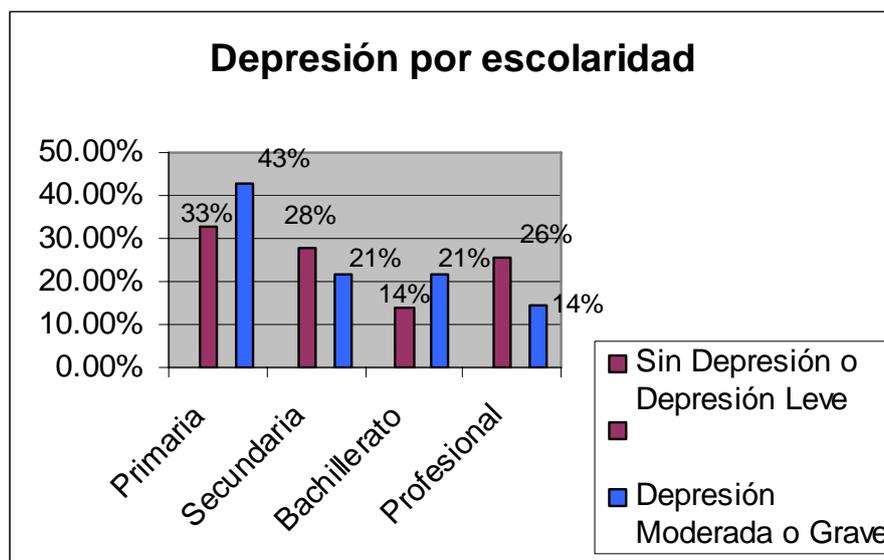


Fig.9 Depresión por escolaridad en el grupo de datos agrupados.

Los resultados mostrados anteriormente nos indican que el nivel educativo es un factor importante para que una persona padezca depresión grave, ya que se podría pensar que por la falta de conocimientos existe una mayor preocupación sobre su enfermedad.

ANSIEDAD.

Para obtener la medida de la Ansiedad Rasgo se aplicó la escala de rasgo del IDARE, considerándose los siguientes puntos de corte para los datos sin agrupar:

Hasta el percentil 50= Ansiedad Normal

Hasta el percentil 75= Ansiedad Moderada

Hasta el percentil 85= Ansiedad Grave

Arriba del percentil 85= Ansiedad Muy grave

Los resultados presentados en la figura 10 nos muestran que el 74% de los pacientes que acudían a sesión de hemodiálisis tenían ansiedad normal y el 26% restante tenían ansiedad que fluctuaba de moderada, grave y muy grave.

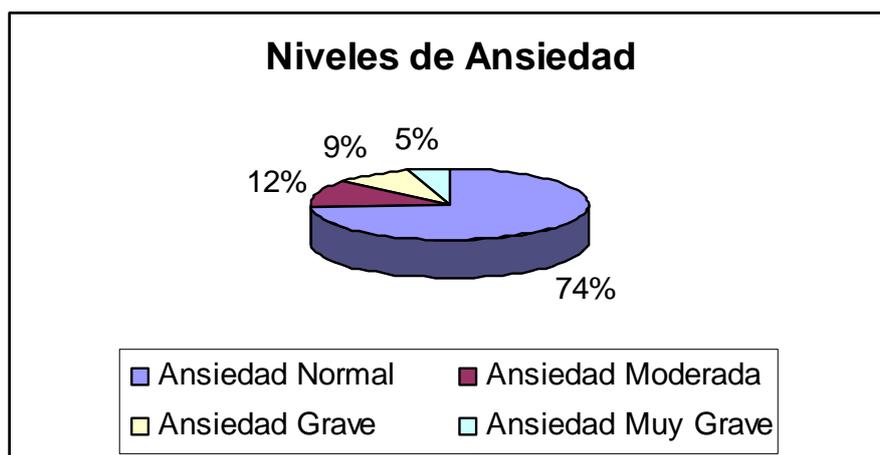


Fig.10 Niveles de ansiedad de los datos sin agrupar.

Para los datos agrupados se consideraron los siguientes puntos de corte:
Hasta el percentil < 75 = Ansiedad Normal o Moderada.
Arriba del percentil 76 = Ansiedad grave o Muy Grave.

Se encontró que el 14% de la población que acudía a sesión de hemodiálisis padecía ansiedad grave o muy grave (Fig.11) y que el 86% restante padecía ansiedad normal o moderada.

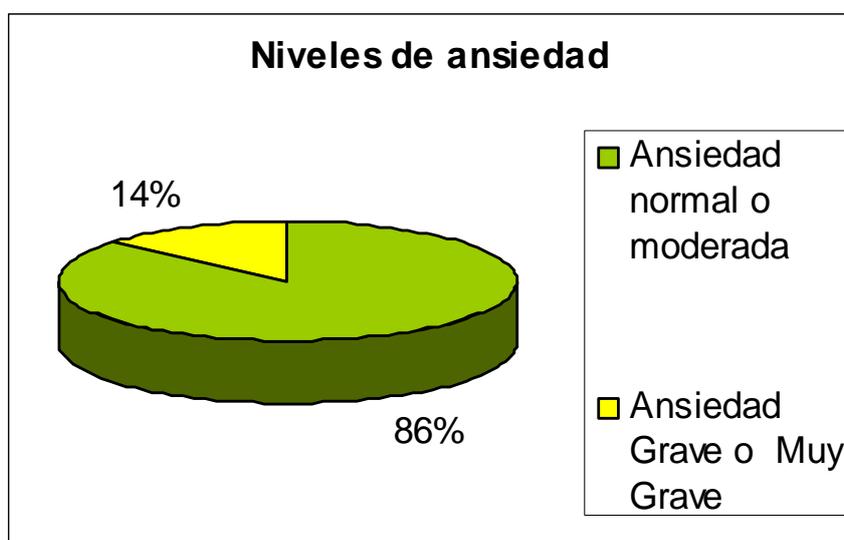


Fig.11 Niveles de ansiedad de los datos agrupados.

Se puede considerar que los porcentajes de los pacientes que padecen algún tipo de ansiedad grave es muy bajo, pero se debe de tener en cuenta que ese 14% pertenece a una muestra pequeña, pero si se toma en cuenta el número de pacientes a nivel nacional que padecen IRCT el porcentaje aumentaría notablemente siendo un foco de alarma para el nivel salud, ya que estas personas no tienen una buena calidad de vida.

En los cortes por sexo de los datos sin agrupar se encontró que los niveles de ansiedad se presentan con mayor frecuencia en los hombres, ya que mientras el 34% (Fig.12) de los pacientes del sexo masculino presentan niveles de ansiedad que fluctúan de moderado a muy grave, solo el 11% de la población del sexo femenino presentó niveles graves de ansiedad (Fig. 13).

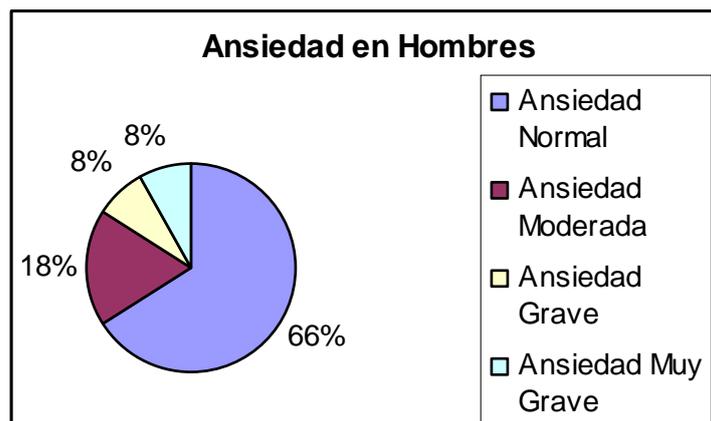


Fig.12 Niveles de ansiedad en hombres en los datos sin agrupar.

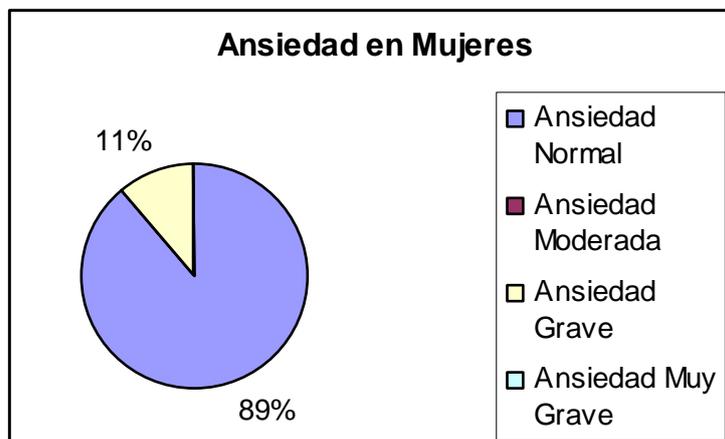


Fig.13 Nivel de ansiedad en mujeres en los datos sin agrupar.

Los resultados obtenidos en los datos agrupados indican que los hombres tienen ansiedad normal en un 66% (ver figura 14), mientras que las mujeres tienen ansiedad normal en un 89% (ver figura 15).

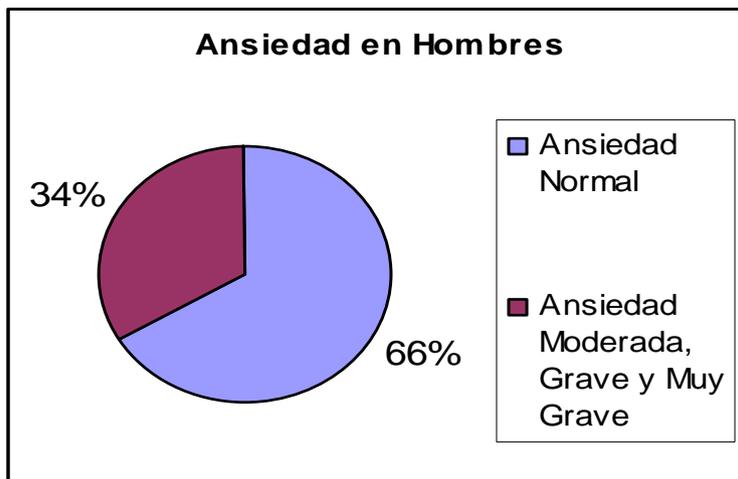


Fig.14 Niveles de ansiedad en hombres en los datos agrupados.

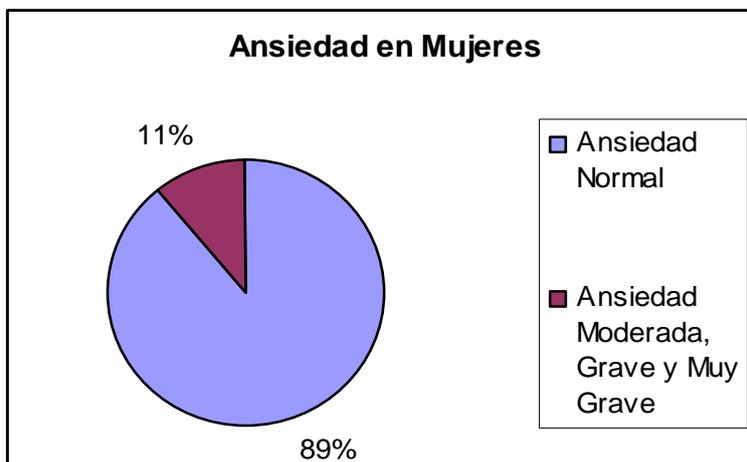


Fig.15 Niveles de ansiedad en mujeres en los datos agrupados.

En el análisis de ansiedad por escolaridad en el grupo de los datos sin agrupar se obtuvieron los siguientes resultados: las persona que tienen nivel educativo de secundaria son los que padecen en mayor porcentaje ansiedad moderada y muy grave (Fig. 16), mientras que los que tienen un nivel de primaria tienen ansiedad normal en un 90.50% los de nivel profesional tienen ansiedad grave en un 15.40%.

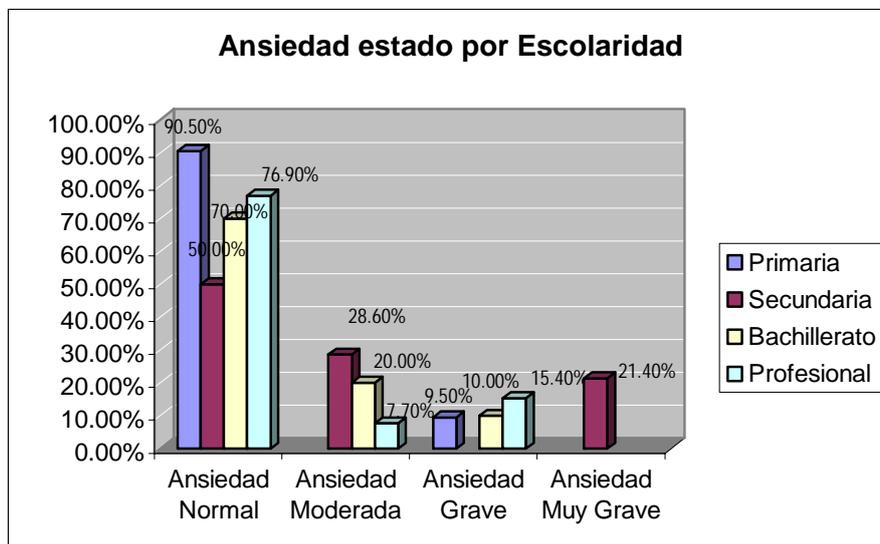


Fig.16 Niveles de ansiedad por escolaridad en los datos sin agrupar.

En los datos agrupados se obtuvieron los siguientes resultados: nuevamente los pacientes de nivel secundaria son los más afectados por los estados de ansiedad ya que éstos padecen algún tipo de ansiedad fluctuando de la normal a la muy grave. La figura 17 nos muestra que los pacientes con un nivel de primaria padecían ansiedad de normal a moderada en un 90%, mientras que los de nivel profesional padecían ansiedad grave o muy grave en un 15%.

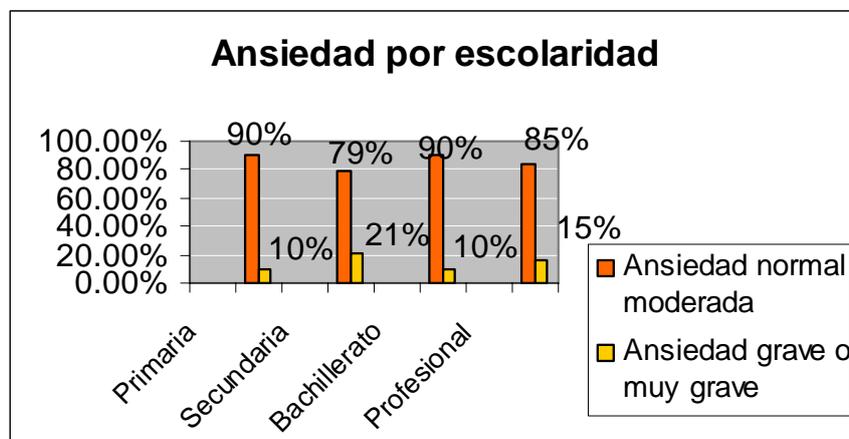


Fig.17 Niveles de ansiedad por escolaridad en los datos agrupados.

Discusión.

El objetivo de este trabajo fue examinar los niveles de Depresión y Ansiedad estado de los pacientes adultos con IRCT en tratamiento de hemodiálisis del hospital “Dr. Darío Fernández Fierro”.

Los ejes de discusión para la depresión y ansiedad serán los mismos en ambos casos, los cuales serán:

1. Género.
2. Nivel educativo.

Moreno y Cols. (2004), en su estudio con pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis, mencionan que las variables sociodemográficas como el género no son factores significativos para padecer algún trastorno ansioso o depresivo, pero los resultados arrojados por esta investigación nos muestra que estos trastornos sí se ven influidos por variables sociodemográficas tales como el género, ya que en los datos obtenidos se puede constatar que las mujeres son más propensas a padecer en mayor porcentaje algún trastorno depresivo que los hombres.

Es evidente que en las últimas décadas ha existido una tendencia hacia la flexibilidad de roles de género y hacia la igualdad de oportunidades para las personas al margen de su sexo, pero también es evidente que hombres y mujeres siguen siendo socializados con normas y expectativas distintas en lo que concierne a la expresión de los sentimientos, la presión hacia el éxito en las tareas escolares o laborales, la participación en los trabajos domésticos, etc. y esto último da lugar a importantes consecuencias psicológicas (Poal, 1993, cit en. Pérez y Serra, 1997).

El trastorno de ansiedad ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en varones, en estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres (DSM-IV, 2003). Pero datos obtenidos en esta

investigación muestran lo contrario, ya que los hombres que padecen IRCT padecen más frecuentemente ansiedad en relación con las mujeres.

Esta situación se ve influida por los factores socioculturales, entre los que Lara (1995) destaca la condición social de la mujer y el rol femenino impuesto por la visión masculina. Por ejemplo; la mujer que presenta síntomas depresivos la sociedad lo considera algo normal y lo relaciona con su condición biológica, es decir los hombres suelen decir frases como las siguientes “está así porque anda en sus días”, “son las hormonas”, etcétera, y no toman en cuenta los diversos factores por los cuales está constituida una persona.

Algunos de estos factores son la supresión de la mujer en diversos ámbitos como el laboral, educativo, económico y en la forma de comportarse ante la sociedad, en donde la mujer es percibida en una posición de sumisión, discriminación y explotación que la hacen sentir fracasada y que la lleva a tener una baja autoestima y sentir que nunca logrará sus metas.

Además de percibir a la mujer como sumisa y pasiva, la sociedad le atribuye la responsabilidad sobre la estructura familiar, es decir, ella es responsable de la afectividad dentro de su familia o los problemas que surgen, el cuidado y atención de algún miembro enfermo, etc.

Los hombres, por otro lado, son percibidos como proveedores, protectores y no tienen la libertad de sentirse tristes, vulnerables o dependientes de los otros ya que si se muestran así serán tachados de fracasados y de no hacer bien las cosas y perder su hombría.

Posiblemente por lo mencionado anteriormente dicho puede ser que la mujer que padece IRCT tiende a presentar trastornos depresivos en mayor porcentaje, ya que ahora no sólo tiene que realizar las actividades domésticas, hacerse responsable de los miembros de la familia sino que ahora tienen que cuidarse y

padecer su enfermedad, en conjunto con todas las problemáticas de su entorno familiar.

En cuanto a los resultados encontrados en ansiedad se encontró que los hombres son más propensos a padecer ansiedad que las mujeres. Esto está muy relacionado con lo anteriormente citado con respecto al rol impuesto por la sociedad, ya que al enterarse de que padecen una enfermedad crónico-degenerativa su imagen se rompe, ya que con los cambios que va a experimentar, tanto los laborales, económicos y la pérdida de la salud, no podrán llevar a cabo lo esperado por la sociedad.

Ante esta situación, el proveedor de una familia se verá en la necesidad en muchas ocasiones de abandonar su trabajo y tener que depender de otros, tanto económicamente como en los cuidados, saber que ahora ya no será el protector, ya que ahora lo protegerán para que su estado de salud no se deteriore y dependerá de los demás para que le realicen su tratamiento tanto en la casa como en el hospital.

Por lo anterior, al ver que su estructura de vida ha cambiando totalmente es más vulnerable para padecer un trastorno ansioso, ya que no sólo le preocupa su enfermedad, sino que también le preocupa su familia, su trabajo, la economía del hogar entre otras muchas cosas.

Pérez y Serra, (1997) en su estudio concluyeron que el rol femenino resulta la causa de las peores condiciones de salud mental de la mujer en relación al hombre, ya que mientras a la mujer se le siga percibiendo en función únicamente de un ambiente privado (cuidado e interés de las relaciones familiares) y viéndola como una persona pasiva, dependiente, etc., mientras que al hombre se le percibe desde un ambiente privado (vida familiar) y un ambiente público (trabajo) y viéndolo como una persona fuerte, superior, etc., no se permite que ambos

géneros tengan libertad para desarrollarse plenamente en todo su contexto biopsicosocial.

En cuanto al nivel educativo para ambos casos, no se muestran diferencias significativas entre los diferentes grados de escolaridad, por lo que el género parece ser el factor a indagar para la prevención de este tipo de trastornos.

El nivel educativo, sin embargo, puede ser más esclarecedor si se estudia con mayor profundidad, obteniendo testimonios de lo que piensan y sienten estos pacientes de distintos niveles educativos para poder obtener una mayor información sobre este tema.

CONCLUSIONES.

Si se considera al hombre como un ser biopsicosocial y el sector salud tiene como finalidad brindar un tratamiento integral al derechohabiente, no sólo se le debe de atender los síntomas físicos sino también se le deben de atender los factores psicológicos y sociales.

Por lo ello, se le debe brindar un tratamiento integral al paciente y no solo enfocarse al aspecto fisiológico, ya que el paciente con IRCT sufre cambios drásticos en su percepción y forma de vida, por lo cual al enterarse de su padecimiento presenta cambios en su cuerpo, su estado de ánimo, su estructura familiar y laboral, entre otras.

Es indispensable crear grupos de apoyo y prevención para este tipo de trastornos emocionales, en los que se tenga como base la psicoeducación, ya que al contar con la información necesaria sobre su enfermedad, los cambios y síntomas que puede experimentar, su tratamiento y reestructuras que tendrán que realizar, el paciente estará en mejores condiciones de hacerle frente a su enfermedad para tener una mejor calidad de vida.

Este trabajo muestra la importancia de ofrecer una mejor atención a la población que asiste a la instituciones de salud y en particular a la población con IRCT, tomando en cuenta que la depresión y la ansiedad pueden ser el vínculo o factor que ayuda a desencadenar otras alteraciones graves y que pueden prevenirse si se cuenta con los programas adecuados para la atención de la población derechohabiente.

Para la psicología de la salud este es un campo inexplorado que se debe de estudiar y aprovechar al máximo, ya que muchos psicólogos sólo se enfocan a las problemáticas de niños y adultos biológicamente sanos con trastornos emocionales.

Hoy en día no se toma en cuenta a los pacientes que padecen enfermedades crónicas, terminales, etcétera, y que requieren un apoyo para poder seguir adelante con su vida y saber que tienen al alcance personal que se interesa en ellos como persona, en su problemática y que muchos de estos pacientes solo quieren que alguien los escuche y les presten atención para sentirse apoyados y sentir que tienen algo o alguien por quien luchar y no dejarse vencer por su enfermedad.

Finalmente habría que realizar una reeducación en cuanto a los roles de género, que permita una igualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos, para así crear una nueva sociedad en donde se tenga una población que esté plenamente desarrollada en su estructura biopsicosocial.

Bibliografía.

- Álvarez, A. (1998). *Variables demográficas en la insuficiencia renal 14*, póster, Buenos Aires: XI Congreso Argentino de Nefrología.
- Andreu, L. y Force, E. (2001). *Cuidado del enfermo Renal*. México: Masson
- Arieti, S; Bemporad, J. (1993). *Psicoterapia de la depresión. Revisión crítica de los principales conceptos de depresión*. México: Paidós
- Balderas, M. (1986). *Un estudio exploratorio a través de la escala de Zung a pacientes de consulta externa en el centro comunitario de la Facultad de Psicología, UNAM*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, Distrito Federal., México
- Bobes, J; Bousoño, M; Prtilla, M; Sáinz. (2002). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona: Ars Medica
- Brouette, T y Goddard, A. (2001). *Patogenia del trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona: Ars Medica
- Calderón, G. (1984). *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Cantwell. (1987). *La depresión en la infancia. Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. España: Martínez roca
- Freud, S. (1917). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Duelo y melancolía*. Obras completas. Amorroto editores. Tomo IV pág, 240-255

- Gross, R; Shôlmerich, P. (1972). *Manual de medicina interna*. Tomo II. México: Reverté
- Harrison (2001). *Principios de medicina interna*. México: Interamericana- Mcgraw-Hill.
- Jersild, A. (1978). *Psicología de la adolescencia*. Nueva York: Macmillan
- Lara, A. (1995). La salud mental de las mujeres. Qué sabemos y hacia dónde dirigirnos. *Anales del instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1995, 114-154
- Lara, A; Fernández, M; Acevedo, M; López, E. síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación de género. *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.* 1996, 42(4) 329-340
- Lerman, I. (2000). *Atención integral del paciente crónico*. México: McGraw-Hill
- Levine, D. (1993) *Cuidados del paciente Renal*. México: Interamericana Mcgraw-Hill
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (2003). México: Panamericana
- Moreno, E; Arenas, D; Porta, E. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol*, oct-dic 2004, vol. 7, no. 4, p17-25. ISSN1139-1375
- Palencia, G. (2001). *Perfil del impacto de la insuficiencia renal crónica en la calidad de vida*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, Distrito Federal., México
- Peña, J. (2004). *Insuficiencia renal crónica*. México: Intersistemas editores.

- Pérez, J., Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología*. Vol.13, no. 2, 155-161
- Polaino-lorente, A. (1995). *La depresión*. Barcelona: Martínez roca.
- Publicación del departamento de psicología experimental de la conducta (1984). Facultad de Psicología. UNAM.
- Rangel, R. (2001). *Investigación sobre depresión en niños institucionalizados a través del cuestionario de depresión infantil*. Tesis de maestría en psicología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, Distrito Federal., México
- Rodríguez, G. y Rodríguez, I. (2004) Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica, *Rev Med IMSS* ; 42 (2): 97-102
- Rojtenberg, S.L. (2001). *Depresiones y antidepresivos de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. México: Panamericana.
- Serrano L. (2001). *Ansiedad y depresión en jóvenes con acné juvenil*. Tesis de maestría en psicología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, Distrito Federal., México
- Spielberger, CH. (1972). *Anxiety current trends in theory an research*. United States of America: Acedemic Press, INC
- Spielberger, C., Martínez-Urrutia, A., González-Reigosa, F., Natalicio, L y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: Manual moderno
- Stein, D y Hollander, E. (2001). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. México: Ars Medica.

Stone, M. (2001). *Historia de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: Ars Medica.

Vallejo, R; Gastó, F. (1990). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*.

Barcelona: Salvat.

Vinokur E. y Bueno D. (2002) Aspecto psicológico del paciente renal. *Rev. Nefrol.*

Diál. y Transpl., N° 56 - Marzo / Junio de 2002, Pág. 11-14